



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តផែនការនៃការមើលថែទាំ
ឬផែនការកែសម្រួលការមើលថែទាំ**
**NOTICE OF IMPLEMENTATION OF PLAN OF CARE OR
PLAN OF CARE AMENDMENT**

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន/អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

ជូនចំពោះ:

បត់កន្លែងនេះសំរាប់សំបុត្រមានបង្អួច

សូមជំរាបមកដល់ :

ភ្ជាប់មកជាមួយនេះគឺជាផែនការសង្គ្រោះនៃការមើលថែទាំ ឬផែនការកែសម្រួលនៃការមើលថែទាំទាំងអស់សំរាប់អ្នកពិនិត្យមើលឡើងវិញ ។

- បើសិនជាអ្នកយល់ស្របជាមួយនឹងផែនការមើលថែទាំ ឬផែនការកែសម្រួលនៃការមើលថែទាំនេះ សូមចុះហត្ថលេខានិងផ្ញើក្រដាសដែលចុះហត្ថលេខានេះ ទៅក្នុងស្រោមសំបុត្រមានអាសយដ្ឋានដែលបានជូនភ្ជាប់មកជាមួយនេះឲ្យបានមុនថ្ងៃ ។
- បើសិនជាអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងផែនការមើលថែទាំ ឬផែនការកែសម្រួលនៃការមើលថែទាំនេះ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំធ្វើឧទ្ធរណ៍ឲ្យបានមុនថ្ងៃ ។
សេវាបំបែកបង្កើនសមត្ថភាពអ្នកនឹងត្រូវបន្តទៅទៀតនៅពេលធ្វើឧទ្ធរណ៍ ។
- បើសិនជាក្រដាសពាក្យចុះហត្ថលេខា ឬសំណើធ្វើឧទ្ធរណ៍មិនបានទទួលនៅត្រឹមថ្ងៃ ទេ, នាយកដ្ឋាន DDD នឹង សន្មត់ថាយល់ព្រម និងអនុវត្តផែនការនៃការមើលថែទាំ ឬផែនការកែសម្រួលនៃការមើលថែទាំ ដូចដែលមានសរសេរនៅក្រោមច្បាប់ WAC 388-845-3070 ។

បើសិនជាអ្នកមានសំណួរនានា ឬ, សូមទូរស័ព្ទទៅ: _____ តាមលេខ _____ ។

ចម្លងជូន: ភ្ជាប់ទៅ POC ក្នុងសំណុំរៀងរបស់អតិថិជន



សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍នូវផែនការនៃការមើលថែទាំ

ឬផែនការកែសម្រួលការមើលថែទាំ

តាមច្បាប់ជំពូក 388-02 សំរាប់បទបញ្ញត្តិសវនាការក្រសួង DSHS ។

FOR AGENCY USE ONLY

☐ Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ផ្ញើទៅ : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

លេខទូរសារ: 360-586-6563

ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើសវនាការ ពីព្រោះខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសង្គមកិច្ចនិងសុខាភិបាល (DSHS) :

- ពន្យល់យ៉ាងខ្លីថា ហេតុអ្វីចម្លើយក្រសួង DSHS ធ្វើប្រតិបត្តិការនេះ និង
- ភ្ជាប់ក្រដាសចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកធ្វើខ្លួនឯង បើសិនជាអាចធ្វើបាន ។

ឈ្មោះរបស់អ្នក (សូមសរសេរអក្សរពេញ)

ខែ/ថ្ងៃកំណើត

អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម

អាសយដ្ឋានរបស់ជនដែលស្នើសុំធ្វើសវនាការ

លេខ ID របស់អតិថិជន

ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង

លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខខ្ទង់តំបន់)

☐ ទូរស័ព្ទទូរសារ

ខ្ញុំបានត្រូវគេផ្តល់ដំណឹងពីការសម្រេចនេះថ្ងៃ: ដោយ: ឈ្មោះនិងទីកន្លែងការិយាល័យនៃក្រសួង DSHS

ខ្ញុំចង់បន្តជំនួយ បើសិនជាខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិទទួល: ☐ បាទ ☐ ទេ កម្មវិធី: ។

ខ្ញុំត្រូវតំណាងដោយ (បើអ្នកចង់តំណាងដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ ចូរកុំបំពេញក្នុងបន្ទាត់ពីរបន្ទាប់ទៅនេះ):

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង

អង្គការ

លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋាន ផ្ទះ ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង

☐ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញនូវព័ត៌មានអំពីសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា ឬជំនួយផ្នែកផ្សេងទៀត ឬការធ្វើឲ្យស្របទៅតាមស្ថានភាពណ៍សំរាប់ការធ្វើសវនាការឬទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ

បើសិនឆ្លើយបាទ តើភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី? ។

ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ's) អាចធ្វើសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ។ បើអ្នកចង់ប្តូរទៅជាការធ្វើសវនាការដោយមកចូលរួមផ្ទាល់ ចូរធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងសេចក្តី ជូនដំណឹង នៃការធ្វើសវនាការដែលផ្ញើទៅជូនអ្នកដោយក្រសួង OAH ។

INSTRUCTIONS

What is the legal authority for this action?

The legal authority for this action is WAC 388-845-3020: What happens if I do not sign my plan of care? If DDD is unable to obtain the necessary signature on the plan of care from you or your legal representative, DDD will take one or more of the following actions:

- (1) DDD will continue providing services as identified in your prior POC for up to thirty days after completion of your new POC.
- (2) DDD will attempt to contact you or your legal representative by phone or mail.
- (3) After thirty days, if DDD has not heard from you or your legal representative, DDD will assume consent and implement the new POC with or without your signature or the signature of your legal representative.
- (4) You will be provided written notification and appeal rights to this action to implement the new POC.
- (5) Your appeal rights are in WAC 388-825-0120 through 388-825-0165.

When would I use this notification?

This notification is necessary when the legal representative is required to sign the POC but has not responded with either agreement or disagreement to the POC.

What is the case manager expectation for attempted communication with this person?

This notice is sent only after other reasonable but unsuccessful attempts to communicate with the person before and during the POC process.

- Use available methods such as the telephone book to get a current telephone number.
- Attempt to call the person before sending this notice to explain the intent of the notification and implementation.
- Document all of these attempts and contacts in the SER.

Is the notice sent with the POC/POC Amendment?

Yes, Both the POC and POC Amendment include the appeal rights. Enclose a stamped self-addressed return envelope.

Is the notice to be sent by certified mail?

Send the notification and POC by standard delivery and allow 5 days for receipt of mailing.

How do I calculate the due dates?

- DDD must provide 30 days advance notice of any change so allow 30 days + 5 days for mailing, based on the estimated mailing date.
- Appeal timeline is 28 days from receipt of notice so allow 28 days +5 days for mailing and receipt.
- Implementation date is same date used for the due date of the signature date in the first bullet.

What if the person makes an oral request to appeal the POC?

If the person makes an oral request to appeal the POC, the case manager will complete the request for appeal from the POC and refer the request onto the Office of Administrative Hearings.

How do I proceed if an appeal to the POC is filed?

The filing of an appeal stops the implementation of the new POC. Services continue per the previous POC until the final decision is issued in the appeal.